



Fase: Collaudo	ID: 1	R.U.P. FRANCESCO MAZZOLI
Tipo di contratto: Forniture	Settore Ordinario	Tel:
Numero contratto: 155336	e-mail: f.mazzoli@asst-valcamonica.it	

Oggetto dell'appalto

Adesione a convenzione Consip per la fornitura del servizio sostitutivo di mensa mediante buoni pasto elettronici, lotto 1, dec.312/2018.

1 DATI GENERALI

1.1 Codice di individuazione dell'appalto (CIG)	74046140C7
1.2 Data del collaudo statico	
1.3 Data del certificato di regolare esecuzione	
1.4 Modalita' del collaudo tecnico amministrativo	Collaudo finale
1.5 Data nomina collaudatore/commissione	01-06-2018
1.6 Data inizio operazioni di collaudo	31-05-2021
1.7 Data redazione certificato di collaudo	02-03-2022
1.8 Data delibera di ammissibilita' del collaudo	
1.9 Esito del collaudo	Positivo

2 IMPORTI

2.10 Importo finale componente lavori in euro	
2.11 Importo finale componente servizi in euro	
2.12 Importo finale componente forniture in euro	395.809,35
2.13 Sub Totale (10 + 11 + 12)	395.809,35
2.14 Importo finale per l'attuazione della sicurezza	0,00
2.15 Importo progettazione	0,00
2.16 Importo finale complessivo dell'appalto (13 + 14 +	395.809,35
2.17 Totale 'somme a disposizione' effettivamente	15.832,34
2.18 Importo a consuntivo dell'intervento (16 + 17)	411.641,69
2.18bis Lavori annuali estesi a piu' esercizi	S

3 CONTENZIOSO	
Riserve definite o da definire In via transattiva	0
Riserve definite o da definire In via giudiziale	0
Riserve definite o da definire In via arbitrale	0
Riserve definite o da definire In via amministrativa in sede di	0
3.26 Numero totale riserve avanzate	0
3.27 Numero totale riserve definite	0
3.28 Importo totale contenzioso risolto	0,00

4 COMUNICAZIONI

Variazione Anagrafica 1	
Cod. fis. Impresa	00802800151
Denominazione Impresa	EDENRED ITALIA S.R.L.
Nazione	
Avval. per Req.	No
Avval. per Att.	No
Cod. fis. ditta ausiliaria	
Tipologia soggetto	Impresa singola (imprenditori)
Ruolo	
Data variazione	23-05-2018
Tipo Variazione	Aggiunto

5 INCARICHI	
Soggetto Incaricato 1	
Codice fiscale	GHZLBT88C45E205R
Denominazione	ELISABETTA GHEZA
Ruolo	Redattore del certificato o attestato di
Indirizzo	VIA PIANA 9
Telefono	0364329349
Fax	
Email	ELISABETTA.GHEZA@ASST-

Data invio

IL RESPONSABILE

6 NOTE

Note	
------	--

Data invio

IL RESPONSABILE